DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DE MISSOURI
PROGRAMA WIC Y SERVICIOS DE NUTRICIÓN

EVALUACIÓN SOBRE LA NUTRICIÓN PARA BEBÉS

Español

NOMBRE Y DCN DEL PARTICIPANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:

Formulario completado por: ☐ Padre/Tutor Legal o Personal de WIC: ☐ CPA ☐ RD ☐ Nutriólogo ☐ Certificador del Programa WIC

Por favor piense en el patrón alimentario de su bebé y conteste las siguientes preguntas de la mejor manera posible.
Marque el casillero ☑ y/o escriba su respuesta.

ADULTO A CARGO

1. ¿Cómo describiría el apetito de su bebé? ☐ Bueno ☐ Normal ☐ Malo
2. ¿Ha notado algún cambio reciente en el apetito de su bebé? ..... ☐ Sí ☐ No
   Si contestó "sí", enumere los cambios:
3. ¿Alguna vez el médico le dijo que su bebé tenía una enfermedad o problema de salud? ..... ☐ Sí ☐ No
   Si contestó "sí", enumere:
4. ¿Cuándo fue la última vez que su bebé fue al médico? Fecha: ☐ No sabe
5. ¿Cómo describiría la hora de las comidas de su bebé? Marque todo lo que corresponda.
   ☐ Siempre agradable ☐ Generalmente agradable ☐ En ocasiones agradable ☐ Nunca agradable
6. ¿Qué tipo de cosas puede hacer su bebé? Marque todo lo que corresponda.
   ☐ Abrir la boca para tomar el pecho o el biberón ☐ Beber líquidos ☐ Sentarse con apoyo
   ☐ Llevarse objetos a la boca y morderlos ☐ Seguir los objetos y sonidos con los ojos ☐ Ponerse la mano en la boca
   ☐ Beber de una taza que está sujetada ☐ Tomar el biberón sin ayuda
7. ¿Cuántos pañales moja su bebé en 24 horas? ____ mojados/24 horas
8. ¿Cuántos pañales ensucia su bebé en 24 horas? ____ sucios/24 horas

ALIMENTACIÓN PRIMARIA

*9. ¿Con qué tipo de leche alimenta a su bebé? Marque todo lo que corresponda.
   ☐ Leche materna ☐ Fórmula fortificada con hierro ☐ Fórmula con bajo contenido de hierro
   ☐ Leche de vaca (sin grasas/descremada; 1%, 2% o entera) ☐ Preparado de arroz o soja ☐ En polvo ☐ Leche evaporada
   ☐ Leche condensada y endulzada ☐ Leche de cabra ☐ No sabe ☐ Otro:
10. ¿Está amamantando a su bebé actualmente? ..... ☐ Sí ☐ No
11. ¿Alguna vez amamantó a su bebé? ..... ☐ Sí ☐ No
    Si contestó "sí", ¿durante cuánto tiempo?
12. ¿Cómo sabe cuando su bebé está hambriento? Marque todo lo que corresponda.
    ☐ Llora ☐ Pequeños sonidos de queja ☐ Chupa las manos o los labios ☐ Mueve la cabeza hacia el pezón o el biberón
    ☐ Otro:
13. ¿Cómo sabe cuando su bebé está lleno? Marque todo lo que corresponda.
    ☐ Cierra la boca ☐ Aparta la cabeza del pezón o el biberón ☐ Empuja el pezón fuera de su boca
    ☐ Muestra interés por otras cosas en la habitación ☐ Otro:

LACTANCIA (Completar solamente si amamanta a tiempo completo o parcial)

14. ¿Cómo lleva adelante la lactancia?
    ☐ Muy bien; cuento con la ayuda que necesito. ☐ Bien; tengo algunas preguntas. ☐ No muy bien; necesito ayuda.
15. ¿Cuántas veces amamanta, extrae leche o emplea un sacaleches en 24 horas?
    Amamanta___ veces/24 horas Extrae___ veces/24 horas Sacaleches___ veces/24 horas
16. ¿Alguna vez ha tenido dolor en los pezones? ..... ☐ Sí ☐ No
17. ¿Puede oír a su bebé succionar durante la alimentación? ..... ☐ Sí ☐ No

MANEJO DE LA LECHE MATERNA QUE SE EXTRAE

18. ¿Cómo guarda la leche materna que se extrae? ☐ Congelador ☐ Refrigerador ☐ Otro:
19. ¿Cuánto tiempo la guarda en el refrigerador antes de tirarla? ____ horas/días (marque uno con un círculo)
20. ¿Cuánto tiempo guarda la leche materna después de descongelada? ____ horas/días (marque uno con un círculo)
21. ¿Qué hace con la leche materna que queda en el biberón?
    ☐ La guarda para utilizarla en otra comida ☐ La devuelve al refrigerador para utilizarla en otra comida ☐ La tira ☐ Otro:

FÓRMULA (Completar solamente si el bebé está tomando fórmula)

22. ¿Qué tipo de fórmula está tomando su bebé? Nombre:
    ☐ Polvo ☐ Concentrado líquido ☐ Lista para alimentar
23. ¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé en una comida? ____ onzas por comida
    Y ¿cuántas comidas por día? ____ comidas/24 horas

MANEJO DE LA FÓRMULA

24. ¿Cuánta agua y cuánta fórmula mezcla por comida? _____ onzas de agua con_____ onzas/cucharadas de fórmula
    ¿Las cucharadas de fórmula son al ras o colmadas? ☐ Colmadas ☐ Al ras
    ¿Cómo almacena la fórmula luego de mezclarla? ☐ Refrigerador ☐ Otro:

(Dar vuelta a la página para completar)

25. ¿Cuánto tiempo guarda la fórmula mezclada en el refrigerador antes de tirarla? ____ horas/días (marque uno con un círculo)

26. ¿Cuánto tiempo deja un biberón de fórmula a temperatura ambiente? ____ horas

27. ¿Qué hace con la fórmula que queda en el biberón luego de una comida?
☐ La guarda para utilizarla en otra comida ☐ La devuelve al refrigerador para utilizarla en otra comida ☐ La tira ☐ Otro:

SUMINISTRO DE AGUA

28. ¿Qué tipo de agua utiliza para mezclar la fórmula o para que tome su bebé?
☐ Sistema de abastecimiento urbano o rural ☐Pozo privado ☐Agua embotellada ☐Agua para bebés
a. Si es de pozo privado, ¿ha sido analizado para detectar bacterias y nitratos? ☐ Sí ☐No ☐ No sabe
Si contestó "sí", marque cuál fue el resultado. ☐ Seguro ☐Inseguro ☐ No sabe
b. ¿Sabe si su agua es fluorada? ☐ Sí ☐No ☐ No sabe

ALIMENTOS SÓLIDOS Y JUGOS

29. ¿Su bebé ha comenzado a comer cereal para bebés, comida para bebés o alimentos sólidos? ☐ Sí ☐ No
Si contestó "sí", ¿a qué edad comenzó a alimentarlo con estas comidas y con qué alimentos?
En su mayoría son: ☐ Molidos ☐ Puré o comida para bebés ☐ Cortados en trocitos ☐ Líquidos
☐ Comida para comer con los dedos ☐ Otros:
Si contestó "sí", ¿cómo le da de comer estos alimentos? ☐ Cuchara ☐ Biberón/recipiente para alimentar a bebés
☐ El bebé come por sí mismo

*30. ¿Su bebé come miel o alguna otra comida hecha con miel como galletas de miel graham, muffins, etc.? ☐ Sí ☐ No

31. ¿Su bebé toma jugo de fruta al 100%? ☐ Sí ☐ No
Si contestó "sí", ¿cuántas onzas de jugos sin diluir toma en un día? _____ onzas/día

32. ¿Cómo toma el jugo su bebé? ☐ Biberón ☐ Taza

33. ¿A qué edad comenzó a darle jugo a su bebé? _____ meses

*34. Su bebé come alimentos como:
a. jugos de fruta o verduras no pasteurizados ☐ Sí ☐ No
b. quesos blandos como Feta, Brie, Camembert, queso azul, estilo mexicano ☐ Sí ☐ No
c. carnes, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o no bien cocidos ☐ Sí ☐ No
d. brotes de verduras crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano) ☐ Sí ☐ No
e. tofu crudo o no bien cocido ☐ Sí ☐ No
f. carnes frías, fiambres, perros calientes crudos ☐ Sí ☐ No

*35. ¿Su bebé sigue una dieta especial? ☐ Sí ☐ No
Si contestó "sí", marque o escriba el tipo ☐Vegan ☐ Macrobiótica ☐ Otro:

36. ¿Su bebé come con frecuencia alimentos dulces como paletas, caramelos, cereales azucarados o postres? ☐ Sí ☐ No
Producto(s) y cantidad(es):

BIBERÓN Y TAZAS PARA NIÑOS

37. ¿Su bebé bebe algo más que no sea leche materna o fórmula en el biberón o en la taza para niños? ☐ Sí ☐ No
Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. ☐ Leche ☐ Jugo (100%) ☐ Agua
☐ refresco/soda/gaseosa ☐ Gelatina a base de agua/Kool-Aid ☐ Té dulce ☐ Otro:

*38. ¿Moja el chupete de su bebé en jarabe de maíz/Karo o miel, o agrega estos alimentos al biberón de su bebé? ☐ Sí ☐ No

*39. ¿Su bebé se lleva el biberón o la taza para niños a la cama en la noche o a la hora de la siesta? ☐ Sí ☐ No

40. ¿Sostiene el biberón de su bebé mientras le da de comer? ☐ Sí ☐ No

*41. ¿Su bebé lleva consigo un biberón o taza para niños durante el día? ☐ Sí ☐ No

SUPLEMENTOS

42. ¿Su bebé toma alguna vitamina, mineral, hierbas o suplemento de hierbas? ☐ Sí ☐ No
Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda. ☐ Multivitaminas para bebés ☐ Suplemento de vitamina D
☐ Suplementos, remedios o té de hierbas ☐ Suplemento de hierro ☐ Suplemento de flúor ☐ Otro:

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

43. Durante el mes pasado, ¿usted o alguien en su familia comió alguna vez menos de lo que considera que debería haber comido o no comió durante un día porque no había dinero suficiente para la comida? ☐ Sí ☐No ☐ No sabe/no contesta

44. Durante el mes pasado, si se quedó sin fórmula ¿qué hizo? Enumere:

45. ¿Su bebé o su familia participa en alguno de los siguientes programas? ☐ Sí ☐ No
Si contestó "sí", ¿en cuáles? ☐ Cupones alimentarios ☐ Programa de Educación sobre Nutrición para la Familia (FNEP, en inglés)
☐ Programa de productos ☐ Donaciones de alimentos ☐ Early Head Start ☐ Parents as Teachers ☐ Otro:

46. ¿Tiene usted el equipamiento adecuado para almacenar y preparar alimentos tales como un refrigerador y una cocina que funcionen y un depósito libre de plagas y químicos nocivos? ☐ Sí ☐ No

PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DEL PROGRAMA WIC

FIRMA (EVALUACIÓN DE RIESGOS):	FIRMA (ASESORAMIENTO SOBRE LA NUTRICIÓN):
FECHA:	FECHA: